

2  
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TUMORACION BENIGNA DEL UTERO EN  
DIVERSAS PROPORCIONES

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

MAURA ARTEAGA MORAN

SECRETARIA DE SALUD  
ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
SECRETARIA DE SALUD  
SECRETARIA DE SALUD  
SECRETARIA DE SALUD

ASESOR: LIC. ENF. FEDERICO SACRISTAN RUIZ.

MEXICO, D.F., JULIO DE 1996.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**CONTENIDO.**

	<b>PAG.</b>
INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	2
OBJETIVOS.....	3
<b>I. METODOLOGIA DE TRABAJO.</b>	
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	4
REVISION BIBLIOGRAFICA.....	5
FICHAS DE TRABAJO.....	6
CONSTRUCCION DEL MARCO TEORICO.....	6
UNIVERSO DE TRABAJO.....	6
REVISION DE EXPEDIENTE CLINICO.....	6
ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA.....	6
ELABORACION E INSTRUMENTACION DEL PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	7
<b>II. MARCO TEORICO.</b>	
ANATOMIA Y FISILOGIA DEL UTERO.....	9
TUMORACION BENIGNA.....	12
CUADRO CLINICO.....	14
METODOS DE DIAGNOSTICO.....	15
TRATAMIENTO.....	16
COMPLICACIONES.....	17
ACCIONES DE ENFERMERIA.....	18
<b>III. HISTORIA CLINICA.</b>	
FICHA DE IDENTIFICACION.....	23

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.....	23
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.....	23
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.....	24
ANTECEDENTES PERSONALES GINECO-OBSTETRICOS.....	24
PADECIMIENTO ACTUAL.....	25
EXPLORACION FISICA.....	25
EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.....	26
TERAPEUTICA EMPLEADA.....	28
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.....	28
<b>IV. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.</b>	
DESARROLLO DEL PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	29
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	43
GLOSARIO DE TERMINOS.....	44
BIBLIOGRAFIA.....	46

## INTRODUCCION

No se pretende abarcar en este trabajo todo lo relacionado con padecimientos obstétricos, sino desarrollar algunos aspectos relacionados a la atención de enfermería a pacientes con "Tumoración Benigna del Utero en Diversas Proporciones".

Este trabajo estará dirigido a destacar la participación de enfermería para darnos cuenta del gran campo de acción que tiene esta, en el manejo y cuidado de este tipo de pacientes

De los tumores los más frecuentes en la especie humana y los más habituales son los del aparato genital femenino y específicamente, para el caso que nos ocupa los tumores del útero.

Causa aproximadamente el 10 % de los problemas ginecológicos

Se calcula que su frecuencia es hasta el 50 % en los grupos de necropsias.

Varia en función a la edad, es muy raro antes de los 20 años y excepcional antes de la pubertad.

El 90 % de los casos se diagnostican entre los 35 y 45 años de edad, son portadoras de miomas del útero de diferentes tamaños como son: nódulos solitarios o bien nódulos múltiples y desde proporciones microscópicas hasta tumores enormes con peso mayor de 50 kgr.

Se presentan mas frecuentemente en las nulíparas y en las -- mujeres de piel oscura.

En E.U.A. la proporción con que se presenta la miomatosis en las mujeres caucásicas, es de 10 % a los 30 años, y de 30 % a los 50 años, y en las mujeres negras los porcentajes son -- del 30 % y 50 % respectivamente. Sin embargo, en las mujeres de algunas tribus africanas es raro el desarrollo de este -- tipo de tumores. "Se desconoce con seguridad que es lo inicial, de este tumor".

Pero hay evidencias clínicas de que son tumores de estróge-- no dependientes, como son el aumento del volúmen con el emba-- razo y la disminución en la postmenopausia.

Este problema de la tumoración uterina benigna se va a solu-- cionar basandose en la sintomatología, en el tamaño, locali-- zación, cambios tumorales intrínsecos, edad, paridad de la -- paciente, sus condiciones particulares de embarazo y las con-- diciones generales de salud.

## JUSTIFICACION

El presente trabajo tiene como finalidad profundizar en el estudio de una de las patologías más frecuentes que afectan a la mayoría de las mujeres maduras en su etapa reproductiva y que por sus repercusiones y trascendencia física, mental y social, revisten gran importancia para su reflexión y análisis, lo cual permitirá ubicar el papel protagónico de enfermería en la atención y cuidado de este tipo de pacientes.

Asimismo, la revisión de bibliografía diversa respecto al tema dotará de conocimientos teóricos y prácticos para conformar un marco de referencia el cual será la base para sustentar el hacer de la enfermería y coadyuvará a su vez para proponer alternativas de atención específica.

Por lo antes expuesto, se considera que la elaboración, desarrollo y conclusión de este trabajo podrá ser considerado -- como un instrumento útil para sustentar el examen profesional y obtener el grado de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

**OBJETIVOS**

- 1.- Reconocer la importancia de la investigación, planeación ejecución y evolución del quehacer profesional a través del estudio clínico en el Proceso de Atención de Enfermería.
- 2.- Adquirir conocimientos acerca de la patología uterina -- relacionada con la Tumoración Benigna , para brindar --- atención oportuna y de calidad a pacientes ginecológicas
- 3.- Tener un instrumento que sirva de base para presentar el examen profesional.

## I. METODOLOGIA DE TRABAJO

### 1.1 Proceso de Atención de Enfermería

Es un método científico para realizar algo, abarcando pasos e intentando logra un resultado particular. Utilizando para identificar problemas del paciente, planeando y efectuando, cuidados de enfermería y evaluando los resultados.

Para el estudio clínico de la paciente se utilizará como -- modelo el Proceso de Atención de Enfermería, el cual consiste de las siguientes etapas:

#### **Observación.**

Es la búsqueda de datos relevantes del paciente que realiza la enfermera con un enfoque científico y premeditado. Estando conciente que la observación está sujeta a errores e influida por conocimientos teóricos y prácticos adquiridos.

Requiriendo de la creación de relaciones confiables con el - paciente para que este se sienta con libertad de expresar to - das sus preocupaciones, facilitando la recopilación acerca - del estado físico y psicosocial del paciente.

#### **Inferencia.**

Es una interpretación de lo que dice y hace el paciente, --- basandose en el conocimiento teórico previo de la enfermera acerca del tipo de problema en que se encuentra el paciente.

Comprendiendo la enfermera que está haciendo deducciones, ba - sandose en su intuición y conocimiento teórico, siendo caute - losa pudiendo estar trabajando con datos insuficientes, te - niendo que buscar información adicional, antes de actuar.

#### **Validación.**

Es la comprobación de lo que define el paciente es lo mismo que define la enfermera, y cuando hay discrepancia, lo que - ambos definen de común acuerdo.

La concordancia, puede lograrse por la exploración verbal de la situación, con el paciente confirmará la definición de la enfermera, conociendo esta que el paciente por ejemplo fue - sometido a apendicectomía hace tiempo deduce que le teme a - la sonda nasogástrica.

**Valorción.**

Se encuentra en forma intercambiable con el diagnóstico de enfermería, relacionados entre sí con el conocimiento sobre los problemas del paciente y la determinación de estos problemas centrales.

Paplaou resume que el proceso de valoración puede incluir: selección y clasificación de los datos, comparación, aplicación de conceptos y relaciones, resumen o síntesis de los datos.

**Acción.**

Es el ensayo y la ejecución de las alternativas, más apropiadas. Dependiendo de como considera la enfermera a la enfermería.

Tales acciones incluyan actividades desde consejos y enseñanza hasta cuidado físico y tratamiento autorizados por el médico, teniendo la enfermera que actuar en forma inmediata en el primer paso del proceso.

**Evaluación.**

Es un proceso continuo, llevando a cabo una valoración de la forma en que fueron satisfechas las necesidades del paciente

Así como la observación, de la conducta del paciente, la comunicación con éste, con su familia y con el equipo de salud, y las medidas diagnósticas, servirán para evaluar los pasos del proceso.

Los objetivos definidos del paciente y la enfermera, determinarán el grado con que se lograron estos.

**.2 Revisión Bibliográfica**

Proporcionará conocimientos y experiencias, escritas en publicaciones, libros de Anatomía y Fisiología y Obstetricia, Metodología de la Investigación, etc. También periódicos, revistas, folletos, manuscritos, e información de personal médico.

Con todo ello se podrá estructurar y desarrollar un Marco Teórico que permita fundamentar teóricamente el conocimiento y el Plan de Atención de Enfermería de la paciente seleccionada.

Los cuales servirán como fuente de información y consulta --

para el trabajo, de los que se extraera material indispensable para la investigación.

### 1.3 Fichas de Trabajo

Ayudarán a ordenar y clasificar los datos consultados y de las lecturas realizadas, tanto para la elaboración del Marco Teórico, como para el Plan de Atención de Enfermería.

De la elaboración de las fichas y de la explicación e interpretación que se vayan realizando, dependerá en gran medida el avance del proceso, y consecuentemente la información del conocimiento teórico.

### 1.4 Marco Teórico

Presenta las teorías que permiten enmarcar el problema y las hipótesis. Así el Marco Teórico es muy importante ya que nos ayuda a precisar y organizar los elementos contenidos en la descripción del problema, de tal forma que puedan ser manejados y convertidos en acciones concretas.

### 1.5 Universo de Trabajo

Se seleccionara a una paciente sexo femenino con diagnóstico definitivo de Tumoración Benigna en Diversas Proporciones a la cual se estudiaran y aplicaran acciones de enfermería tendientes a mejorar y recuperar su estado de salud.

### 1.6 Revisión del Expediente Clínico

Proporcionará información indirecta, que complementará el -- el interrogatorio directo, para la elaboración de este trabajo. Servirá de base para complementar y confirmar los problemas detectados.

### 1.7 Elaboración de la Historia Clínica

Permitirá establecer una relación con el paciente y el ambiente en que se encuentra, con el fin de obtener los datos --

más significativos de su padecimiento, y de su estado psicológico y social para definir y jerarquizar los problemas --- prioritarios y con esto realizar el Diagnóstico de Enfermería y el Plan de Atención.

Este estudio o historia se realizará de la siguiente forma. Se recabara el nombre completo del paciente, edad, sexo, estado civil, peso actual, fecha de ingreso, diagnóstico de -- enfermería, y objetivos.

Que servirán para valorar al paciente por medio de la observación, interrogatorio, y el examen físico.

### 1.8 Elaboración e Instrumentación del Plan de Atención de Enfría

En este se va a decidir con anterioridad lo que voy a hacer, como, cuando y porqué.

Se planteará en orden de importancia cada uno de los problemas detectados que requieran de atención oportuna.

Además de que permitirá usar el pensamiento reflexivo antes de actuar. También se buscara la coordinación entre los --- integrantes del equipo de salud, para brindar mejores cuidados al paciente, y tener continuidad en su manejo y trata -- miento.

Se valorará la eficacia y eficiencia en el cumplimiento de - las metas de enfermería, que signifiquen logros o fracasos - en bienestar del paciente y la disponibilidad de los recur-- sos humanos para instrumentar las acciones del equipo de salud, con esto se podra replantear, si fuera necesario, otra estrategia de atención para el paciente.

**Necesidades o Problemas.** En el encuentro del paciente con la enfermera y de la observación y recolección de datos se podrá detectar las nesecidades o problemas que tenga el pacien te que serán considerados para su atención integral mediante cuidados de enfermería.

**Manifestación del Problema.** En el transcurso de una enfermedad un individuo puede detener su desarrollo normal o retroceder a un nivel anterior.

O detenerse en un nivel de desarrollo con el estres del pade cimiento y de la hospitalización. En este rubro se conside -- ran los signos y síntomas que presenta el paciente según su estado de salud y que en conjunto permitirán decidir la participación de enfermería.

**Razón Científica del Problema.** En este punto se señalará, mediante citas bibliográficas y la reconstrucción del conocimiento teórico, aquellos elementos que permitirán analizar y razonar acerca de la fisiología o fisiopatología presente en el paciente.

**Acción de Enfermería,** Son los cuidados jerarquizados que se van a proporcionar al paciente de acuerdo a su padecimiento.

Diseñandose la estrategia de acción encaminada al cuidado del paciente. Considerando varias posibilidades para la resolución del o de los problemas detectados.

**Razón Científica de la Acción.** El conocimiento es la base -- para prescribir e implementar ordenes de enfermería, al fundamento científico describe y explica la base de esas órdenes.

Se dirige al tópic o estrategia identificada y a la individualidad del paciente y la familia.

**Evaluación.** Es el paso final del Plan de Atención de Enfermería, con el propósito de decidir si el objetivo del Plan de Atención se logró siendo evaluado en el momento o en la fecha que se especificó en el Plan.

Ya que la enfermera, cuando da atención al paciente, reúne -- continuamente nueva información acerca del mismo.

Es una comparación sistemática y planeada, del estado de salud del paciente con objetivos y metas definidas, es una --- actividad deliberada, progresiva que comprende al paciente, -- la enfermera y a otros miembros del equipo del cuidado de la salud.

## 1.9 Conclusiones y Sugerencias

Glosario de Términos

## II. MARCO TEORICO

### 2.1 Anatomía y Fisiología del Utero

#### Dimensiones.

El útero es piriforme y mide aproximadamente 7.5 cm. de longitud, 5 cm. de ancho en su porción mayor, y 3 cm. de grueso. (1)

#### Partes Anatómicas.

El útero se divide en tres partes anatómicas, que son: cuerpo o parte superior, el istmo el cual se encuentra entre el cuerpo del útero y la cérvix, que es la zona donde se adelgaza -- formando una depresión, y el cervix, o parte inferior.

Estructuralmente es un órgano musculoso, interiormente vacío y cuyas paredes están formadas de dentro a fuera por las siguientes capas o túnicas. (2)

#### Capa Interna (endometrio).

Esta reviste la cavidad uterina, presenta cambios cíclicos -- por efecto hormonal y, al desprenderse da lugar a la menstruación, el endometrio está formado por un epitelio columnar que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos unidos por tejidos conectivos.

#### Capa Intermedia (miometrio).

Constituye la mayor parte del espesor de la parte uterina. A su vez, consiste en tres capas de fibras de músculo liso, --- siendo su espesor máximo en fondo y mínimo en el cuello uterino. Durante el parto, la contracción combinada de estas capas musculares participa en la expulsión del feto, del cuerpo uterino.

#### Capa Externa (perimetrio o serosa).

Forma parte del peritoneo visceral y se convierte en el ligamento ancho, en sentido lateral externo. Hacia adelante, se refleja sobre la vejiga urinaria y forma la bolsa vesical uterina. En sentido posterior, se refleja la bolsa rectourinaria que es el punto más bajo de la cavidad pélvica. (3)

---

(1) ROBBINS, Cotran, Patología Estructural y Funcional, p.1092

(2) SEGATORE, Luigi, Diccionario Médico Teide, p. 1226

(3) TORTORA, Gerardo, Principios de Anatomía y Fisiología p.934

**Cavidad.**

Es pequeña por el grosor de las paredes, plana y triangular; el vertice se dirige hacia abajo y forma el orificio interno del cuello uterino, que desemboca en el conducto cervical, - este presenta un estrechamiento llamado orificio externo que desemboca en la vagina.

**Riego Sanguíneo.**

El útero recibe riego sanguíneo por las ramas de la arteria ilíaca interna y las arterias uterinas. Estas presentan ramas, las arterias arqueadas, en forma de círculo en el miometrio que emiten arterias radiales profundas y que penetran en este.

Antes de que estas ramas lleguen al endometrio, se dividen en dos tipos de arteriolas. Las arteriolas rectas terminan en el estrato basal y le aportan los materiales necesarios para la regeneración del estrato funcional, mientras que las arteriolas espirales penetran en el estrato funcional y presentan cambios notables durante el ciclo menstrual.

**Localización.**

El útero se encuentra en la cavidad pélvica, entre la vejiga urinaria por delante y el recto por detrás. La posición es - causa de factores como la edad, embarazo y distensión de las vísceras pélvicas relacionadas, como la vejiga.

Entre el nacimiento y la pubertad desciende gradualmente desde la parte baja del abdomen hacia la pelvis verdadera. En la menopausia empieza un proceso de involución y resulta la disminución de su tamaño, y ubicación en la profundidad de la pelvis.

**Posición.**

En estado normal, presenta flexión entre el cuerpo y el cuello; el cuerpo se sitúa sobre la superficie superior de la vejiga y está orientado para delante y algo hacia arriba. El cuello uterino está hacia abajo y atrás a partir del punto de flexión, se une a la vagina en ángulo recto.

Varios ligamentos fijan al útero permitiendo movilidad, originando posiciones anormales del órgano. Las fibras de músculo que forman el piso pélvico convergen para formar un nudo que se denomina cuerpo perineal que es un elemento de sostén del útero.

El útero puede presentar cualquiera de varias posiciones anormales, una de las más frecuentes es la retroversión o in

clinación hacia atrás de todo el órgano.

Ocho ligamentos, tres pares y dos impares, fijan el útero en la cavidad pélvica.

Seis llamados ligamentos son prolongaciones del peritoneo -- parietal en varias direcciones; los dos restantes son cordones fibromusculares.

Los dos ligamentos anchos son pliegues dobles de peritoneo - parietal que forman una especie de tabique, el útero está -- suspendido entre los dos pliegues.

Dos ligamentos uterosacros son prolongaciones a manera de repliegues del peritoneo que van de la cara posterior del útero al sacro, uno a cada lado del recto.

El ligamento posterior, pliegue del peritoneo se extiende de la superficie posterior del útero hasta el recto, forma el llamado fondo de saco de Douglas entre el útero y el recto. Dado que es la porción más baja de la cavidad pélvica y en las inflamaciones se acumula pus.

El ligamento anterior es un pliegue de peritoneo formado por prolongaciones del peritoneo sobre la cavidad anterior del útero se dirige a la superficie posterior de la vagina, forma un fondo de saco, menos profundo que el posterior.

Los dos ligamentos redondos son cordones fibromusculares salen de los ángulos superoexternos del útero, pasan por los conductos inguinales y se pierden por los labios mayores.

#### Funciones.

El útero tiene tres importantes funciones: menstruación, gestación y parto.

Menstruación, es el desprendimiento de las capas compactas y esponjosas del endometrio, acompañado de hemorragia por los vasos desgarrados.

Gestación, el embrión se implanta en el endometrio y en este vive como parásito durante todo el período fetal.

Parto, son las contracciones potentes y rítmicas de la pared uterina muscular que producen expulsión del feto o nacimiento. (4)

---

(4) KOLTHOFF. Antony, Anatomía y Fisiología, p. 622-624

## 2.2 Tumoración Benigna

### Concepto.

Es áquel tumor de curso leve y pronóstico favorable, no mortal como es el mioma que es de ritmo de crecimiento muy lento y que no produce la muerte del individuo que los padece. Desarrollado a expensas de fibras musculares lisas y que con tienen tejido conjuntivo como elemento de sostén. (5)

### Etiología.

No se sabe la causa de los miomas del útero.

La herencia parece tener poca influencia, diciéndose que la raza negra los sufre más a menudo que la blanca.

Además de que se ha relacionado su existencia con la falta de hijos en la mujer, considerando que éste hecho, representa un estímulo estrogénico inadecuado y persistente. (6)

Microscópicamente se reconocen elementos de tejido conjuntivo en cantidad variable, originándose células musculares lisas que recubren las arterias del miometrio.

Experimentalmente se han producido miomas uterinos mediante administración masiva de estrógenos, sin embargo, no ha sido posible inducir la formación de miomas en el ser humano por medio de hormonas u otras substancias. (7)

Los miomas tienen degeneraciones no malignas secundarias:

### Degeneración Hialina.

Es la más frecuente, se ve en distintos grados, con excepción de miomas pequeños.

Afecta extensas zonas del tumor o se puede a manera de hebras y largas columnas que comunican entre sí.

### Degeneración Quística.

Cuando hay hialinización, hay licuación y el tumor se convierte en una enorme cavidad quística. Clínicamente simula embarazo o quiste ovárico. Puede haber edema intenso e ingurgitación de los linfáticos, simulando un cuadro linfangiomatoso.

### Calcificación.

En ésta se presenta un trastorno circulatorio como es en los

---

(5) SEGATORE, Luigi, Op. cit; p. 117

(6) NOVAK, Edmund, Ginecología y Obstetricia, p. 213

(7) BENSON, Ralph, Ginecología y Obstetricia, p. 533

tumores de mujeres ancianas.

Es una masa dura, de consistencia pétrea, el útero de piedra. En estudios radiológicos o ecosonográficos revela depósitos múltiples de calcio.

#### **Infección y Supuración.**

Se presenta en miomas submucosos, con tendencia al adelgazamiento y ulceración de la mucosa de cubierta.

#### **Necrosis.**

Se debe por trastornos de riego sanguíneo o infección grave. Los tumores que poseen pedículo pueden necrosarse por torsión, es la llamada encarnada o degeneración roja, no se conoce la causa, podría ser por degeneración aséptica con hemodilisis o por isquemia tisular local.

#### **Degeneración Grasosa.**

Es asociada a una avanzada degeneración hialina, las áreas de grasa que hay probablemente se deban a que el tumor es de tipo mixto.

#### **Degeneración Sarcomatosa.**

El cambio maligno es tan raro que no modifica, el tratamiento de los miomas. (8)

De acuerdo con el sitio y forma de implantación, los miomas se clasifican en:

#### **Submucosos.**

Se desarrollan por debajo del endometrio, constituye el 5 % de la totalidad de los miomas, llega a producir hemorragias profusas y necesitan histerectomía.

Se descubre por la sensación que se percibe cuando la cucharilla "choca" sobre la superficie, o cuando están demasiado fijos para extirparlos.

#### **Intersticiales o Intramurales.**

Estos miomas están situados en la pared muscular, son de gran tamaño y múltiples. produciendo deformidad aparente del útero.

#### **Subserosos o Subperitoneales.**

Pueden ser sésiles o pediculizarse y se desarrollan entre

---

(8) NOVAK, Edmund, Tratado de Ginecología, p.p. 355-358

los pliegues del ligamento ancho, comprimiendo el uréter y - los vasos ilíacos, creando difíciles problemas en el diagnóstico y tratamiento operatorio.

#### Parásitos.

Son raros pero suelen ser cuando el tumor acaba por separarse totalmente del útero al tiempo que el pedículo se adelgaza y por último, desaparece. (9)

### 2.2.2 Cuadro Clínico.

La miomatosis uterina presenta baja mortalidad, es asintomática por mucho tiempo.

Su sintomatología, varía de acuerdo con su localización y tamaño. Los signos y síntomas más frecuentes son: (10)

- a). Trastornos menstruales, generalmente proimenorrea, hipomenorrea y polimenorrea.
- b). Leucorrea y polimenorrea.
- c). Dismenorrea.
- d). Anemia.
- e). Aumento del volumen en el bajo vientre.
- f). Palpación de tumoración en el hipogástrico.
- g) El útero aumenta de volumen.
- h). Irritabilidad de la vejiga por presión vesical, tenesmo, disuria y retención urinaria.
- i). Comprensión del recto, que produce dolor al defecar.(11)
- j). Sensación de pesadez y trastornos digestivos.
- k). Aparece en el 40 % de las mujeres.
- l). Se desarrolla lentamente hasta la edad de 40 años.
- m). Puede aparecer esterilidad. (12)

(9) NOVAK, Edmund, Op. cit; p.p. 352-354

(10) MARTIN, Avaro, Rev. de Ginecología y Obstetricia, p.140

(11) ELIASON, Ferguson, Enfermería Quirúrgica, p. 536

(12) SHOLTIS, Lillian, Enfermería Práctica, p. 371

### 2.2.3 Métodos de Diagnóstico.

Se basa en los datos de la historia clínica así como de los síntomas, situación, estado de preservación del tumor, tamaño y si la paciente está o no embarazada.

Se detectan por la palpación vaginal, bimanual y sistemática del útero. En las no embarazadas es importante la condición física pues los miomas pueden o no, causar problemas.

En las embarazadas hay riesgos como son: aborto por la distorsión de la cavidad uterina, incapacidad para que se produzca el encajamiento debido al desplazamiento del útero, parto prematuro por aumento de irritabilidad uterina y hemorragia en el puerperio debido a la reducción de contractilidad uterina. El mioma puede sospecharse a embarazo.

Alrededor del 25 % de estos tumores pueden provocar el sangrado uterino anormal e infección pudiendo haber anemia.

La policitemia en pacientes ocasionales y la leucocitosis pueden presentarse por endometriosis o por la degeneración carnosa o séptica miomatosa.

La cuenta de leucocitos puede alcanzar 20,000 por  $\text{mm}^3$ , la velocidad de sedimentación globular. (13)

Cuando existe dolor se describe como sensación de pesadez o dismenorrea. El inicio agudo del dolor en mujeres con miomas asintomáticos sugiere la posibilidad de necrosis, inflamación con adherencias viscerales o torsión de algún mioma subseroso pediculado.

El prolapso de mioma submucoso puede presentarse como dolor tipo cólico intenso acompañado de secreción o hemorragia.

La lumbalgia o el dolor de piernas, reflejan alteraciones de la postura corporal o compresión de los troncos nerviosos lumbosacros.

Los miomas grandes provocan presión sobre las vísceras pélvicas, reducción de la capacidad vesical, la compresión de los uréteres puede producir hidro-ureteronefrosis. Cuando el tumor se encuentra en el fondo de saco provoca estreñimiento o hemorroides por compresión rectal. (14)

Un diagnóstico de presunción de mioma uterino es el palpar este a través de la pared abdominal, especialmente cuando esta no contiene mucho tejido adiposo, siendo estos de consistencia dura, de contornos nodulares e irregulares, móvi-

(13) BENSON, Ralph, p. 573

(14) NOVAK, Edmund, Tratado de Ginecología, p. 393, p. 395

les o por su tamaño ocupen la totalidad del abdomen y no son dolorosos.

El diagnóstico por palpación bimanual es fácil, especialmente con intestino y vejiga vacíos.

Cuando se introducen los dedos en la vagina y la mano libre pueden percibirse una o varias excrescencias nodulares sobre la superficie uterina.

En ocasiones no es tan fácil y es necesaria la exploración bajo anestesia. (15)

Una placa simple de la pelvis puede evidenciar opacidades irregulares cuando existe calcificación en los miomas.

La histerografía y la angiografía están contraindicadas --- durante el embarazo, pudiendo revelar la presencia de tumores cervicales o submucosos.

La neurografía pélvica puede demostrar aumento de tamaño y asimetría del contorno uterino. La histeroscopia puede ser un método sencillo para el diagnóstico de las masas intracavitarias. (16)

#### 2.2.4 Tratamiento.

No todos los miomas requieren tratamiento activo, pero si es necesario realizar exámenes periódicos con intervalos regulares de seis meses.

En la mujer premenopáusica todo el tratamiento puede limitarse a simple observación cuando se trata de mioma ligeramente sintomáticos.

Pero los miomas que empiezan a crecer rápidamente requieren tratamiento porque puede haber degeneración maligna - potencial. (17)

El método de tratamiento más conveniente, se basa en la sintomatología, en el tamaño, localización, cambios tumorales intrínsecos, edad y paridad de las pacientes, sus condiciones particulares de embarazo, el deseo de futuros embarazos y las condiciones generales de salud, así como aceptación de la paciente.

El danazol mostró resultados más alentadores, sin embargo, su capacidad de reducción del mioma fue solo 20 % a dosis de 800 mg/día por seis meses, además de los efectos androgénicos.

---

(15) NOVAK, Edmund, p. 362

(16) BENSON, Ralph, p. 362

(17) Novak, Edmund, p. 396

nicos propios del medicamento. (18)

El tratamiento quirúrgico es de dos tipos: conservador y -- definitivo o radical.

#### El Conservador.

Consiste en practicar miomectomía a las pacientes que de--- seen conservar su fertilidad. Con la aplicación de nuevas -- técnicas y el desarrollo de equipos quirúrgicos sofisticada-- dos que han permitido mejorar el pronóstico de fertilidad.

#### El Definitivo o Radial.

Consiste en la histerectomía total que es cuando la miomato-- sis es tan extensa, que el resultado de la extirpación deja-- ría un útero muy distorsionado e incompetente.

### 2.2.5 Complicaciones.

Las complicaciones de la miomatosis son la degeneración -- benigna y la malignización.

En las mujeres no embarazadas, la degeneración es: atrófica hialina, quística, calcificada (calcareo), séptica, carnosa o roja, mixiomatosa o grasa.

El maligno es generativo y no degenerativo. El leiomiomasarco-- ma se presenta más o menos en 0.1 % de las pacientes con -- miomas. (19)

La asociación de mioma y embarazo se presenta con una fre-- cuencia variable entre el tres y el ocho mil. Sin embargo -- no existe ninguna prueba de que el embarazo de lugar a la -- aparición de miomas uterinos.

Los miomas más frecuentes asociados con embarazo según su -- ubicación en la pared uterina son los subserosos, los intra murales y los submucosos, éste último tolera con menos fre-- cuencia la implantación del huevo en la mucosa uterina y, -- constituye un obstáculo mecánico para la nidación y el desa-- rrollo ovulular.

Los miomas pueden dar anomalías en el curso del embar-- azo, del parto o del puerperio por ejemplo, la inserción ba-- ja de placenta se produce porque el huevo no encuentra con-- diciones favorables de nidación en el fondo uterino (ocupa-- do por miomas).

Y por tal motivo desciende hasta encontrar un endometrio --

(18) TENA, Gilberto, Miomectomía Histeroscópica, p. 382

(19) BENSON, Ralph, p. 535

favorable en las regiones bajas o viciosas como es la presentación transversa, la presentación pélvica, de cara o de frente.

Los miomas grandes pueden causar retención de orina, presión sobre las venas, los linfáticos y los nervios de la pelvis, ocasionando varicosidades, edema unilateral o bilateral de las extremidades inferiores o dolor radiante através de los muslos. (20)

### 2.3 Acciones de Enfermería

La enfermera es quien está en íntimo contacto con el paciente por lo cual proporcionará información al cirujano pudiendo modificar si es pertinente el plan de atención.

Colaborando la enfermera en las necesidades del paciente, valorando y modificando el plan según la evolución del paciente. (21)

#### Período Preoperatorio.

##### a). Preparación psicológica:

Al momento de la admisión de la paciente, se iniciará el plan de cuidados siendo de gran importancia la comunicación, enfermera-paciente.

Pues cualquier intervención quirúrgica va precedida de algún tipo de reacción emocional, como es el miedo a lo desconocido, a la anestesia, al dolor, a la muerte o a la destrucción de la imagen corporal, a sentirse mutilada, a la imposibilidad de procreación, a ser una pareja sexual incompleta.

Deberá ser comprendida y conocida a la luz de dichos factores, tratada y valorada individualmente.

Por lo cual se hará énfasis en las enseñanzas de las medidas preoperatorias, contribuyendo al menor número de complicaciones y muy posiblemente, a una estancia hospitalaria más corta de la paciente.

##### b). Toma de signos vitales.

Los signos se tomarán desde su ingreso al hospital y antes de ir al quirófano, éstos ayudarán a evaluar el es-

(20) WATSON, Jesnnte, Enfermería Medicoquirúrgica, p. 437

(21) BRUNER, L., y cols., Enfermería Médica Quirúrgica, p103

tado físico de la paciente y como indicadores de cualquier complicación. (22)

- c). Preparación de la piel.  
Se hará la tricotomía de la región abdominal y perineal evitando rasguños y abrasiones por ser sitios potenciales de infección.
- d). Aplicación de enemas evacuantes.  
Es importante la aplicación de enemas ya que ayudará a limpiar el intestino con rapidez y eficacia a la vez -- previniendo la distensión abdominal, los gases y la impacción fecal posoperatoria.
- e). Ayuno.  
Asegurarse que la paciente no tomó alimento ni bebió -- líquidos en el período preoperatorio, especificado por el médico.  
  
Ya que el estómago vacío disminuye el peligro de distensión, facilitando al cirujano las maniobras en la cirugía y evitando iatrogenias, complicaciones y broncoaspiraciones durante y después de la anestesia.
- f). Lavado vaginal.  
Es manualmente, previa colocación de guantes estériles con solución de isodine, manteniendo así limpia la región.
- g). Cateterismo uretral.  
Es parte de la preparación preoperatoria de la paciente para facilitar la evacuación de la orina previniendo la tensión de la pelvis y complicaciones quirúrgicas.
- h). Administrar soluciones intravenosas.  
Se introducirá una solución o derivados sanguíneos, en una vena para contar con un vehículo para administrar medicamentos, transfundir sangre y conservar el -- equilibrio de líquidos y electrólitos. (23)
- i). Verificar el expediente clínico.  
Asegurarse que lleve la autorización firmada por la paciente para la realización de la cirugía, que los resultados de laboratorio y gabinete estén completos. (24)
- j). Al llevar a la paciente a quirófano, verificar lo siguiente:  
- Quitar ganchos del pelo y alhajas.  
- Cubrir el pelo con un turbante.

(22) WIECK, L., Técnicas de Enfermería, p. 578

(23) ELIASON, Ferguson, Enfermería Quirúrgica, p. 536

(24) BAILEY, Rosemary, Manual de Enfermería y Obst., p.298

- Quitar y guardar prótesis dentales.
- Quitar esmalte de las uñas.
- Verificar si las cifras de temperatura, pulso, respiración y tensión arterial fueron tomadas.
- Trasladar a la paciente al quirófano.

#### Período Trans - Operatorio.

Para efectuar los cuidados requeridos durante la intervención quirúrgica se tendrá en cuenta lo siguiente:

- a). Antes de que la paciente llegue a quirófano se tendrá listo el material e instrumental para la histerectomía abdominal, reduciendo el tiempo para iniciar la operación y disminuyendo el nerviosismo y ansiedad de la paciente.
- b). Llamar a la paciente por su nombre y presentarse con ella. Determinar la operación que se llevará a cabo y el nombre del médico de la paciente. Se verificará el nombre de la paciente con la identificación de la mano y con el expediente. (25)
- c). Anotar el desarrollo de la operación, las condiciones de la paciente o procedimiento especial como transfusiones, cateterismo, intubación, etc. Y todo suceso ocurrido durante la operación.
- d). En la operación ver que se mantenga la técnica estéril, estar preparada para situaciones que pongan en peligro dicha técnica.

Se deberá tener listo: batas, guantes, compresas de esponjear, etc. para en caso que se necesiten, pues cualquier falla en la esterilidad, pone en peligro la asepsia del campo quirúrgico y como consecuencia la vida del paciente.

- e). Se anotara el número de gasas y compresas de esponjear que se emplean y la cantidad de líquidos que se pierden durante la operación, siendo un indicador de la evolución de la paciente. (26)

Verificar que el número de gasas y compresas utilizadas durante la operación sean las mismas al final de la intervención, para evitar que por accidente se deje alguna gasa dentro de la herida quirúrgica. Manteniendo

---

(25) ELIASON, Op. cit., p 535

(26) WIECK, L., Op. cit., p. 580

informado sobre todo lo anterior al equipo de ciru --  
gía. (27)

- f). Ayudar a la paciente a pasarse de la mesa de operacio -  
nes a la camilla, llevándola a la sala de recuperación,  
reportando a la enfermera encargada del servicio, dando  
un informe completo de la paciente para proporcionar --  
cuidados individuales más eficaces. (28)

**Período Post - Operatorio.**

- a). Ya estando la paciente en la cama del servicio de recu -  
peración, se tendrá disponible el equipo necesario como  
son: tripies para las soluciones intravenosas, recipien  
tes para vómito, instrumentos para vigilar signos vita  
les y equipo de aspiración.

Disponibilidad del equipo para evitar pérdida de tiempo  
y proporcionar los cuidados de una manera rápida y segu  
ra.

- b). Se tendrá cuidado en mantener la permeabilidad de las -  
vías aéreas, en el período post-operatorio inmediato y  
conforme la paciente recupera la conciencia, enseñándo  
le a respirar profundamente y a toser suavemente, para  
expulsar secreciones bronquiales.
- c). Vigilar los signos vitales cada dos horas y el estado -  
de conciencia, en la etapa de recuperación, ya que la -  
paciente está bajo los efectos de la anestesia, las ---  
modificaciones de la frecuencia del pulso nos indican -  
oxigenación inadecuada de la sangre.

El nivel de conciencia total debe progresar hasta el es  
tado de alerta, de no ser así se estudiarán las causas.

- d). Anotar los ingresos y egresos de los líquidos intravenu  
sos así como los medicamentos indicados por vía intrave  
nosa en su horario y cantidad ordenada, durante el post  
operatorio. Se medirá la primera orina que es eliminada  
por la sonda foley, asegurando el drenaje apropiado, la  
sonda suele extraerse entre el tercero o cuarto día(29)
- e). Mediante la inspección se verificarán los apósitos y --  
herida quirúrgica en busca de complicaciones como son:  
hemorragia, hematoma, salida de secreciones, hinchazón,  
hipersensibilidad, etc. Aplicación de calor en el abdó  
men.

---

(27) BRUNER, L., Op. cit., p. 116

(28) DU-GAS, B.W., Tratado de Enfermería Práctica, p. 627

(29) BRUNER, L. Manual de Enfermería, M.Q., p. 1038

- f). Cuando indique el médico hacer caminar a la paciente, - asistida por dos personas, existiendo una relación en-- entre la ambulación temprana la recuperación rápida. -- Así como la expulsión de gases.
- g). Valorar el dolor que sufre la paciente como es: su origen, duración y grado de alivio proporcionado por los - analgésicos. (30)
- h). Restringir durante un día o dos líquidos y alimentos. Y al reaparecer el peristaltismo, se sirven a la paciente líquidos adicionales y una dieta blanda o una dieta --- rica en proteínas, complementada con sales de hierro.

En pacientes con anemia por pérdida de sangre a causa - del tumor puede acelerarse la convalecencia administrando una alimentación rica en calorías y hierro.

- i). Observar las características de la primera evacuación - después de la operación la cual indicará el retorno del intestino a su funcionamiento normal.
- j). Vigilar el sangrado transvaginal como es: olor, color, cantidad, coágulos ya que cualquier signo de éstos nos dá complicaciones graves, pues en la cirugía de este -- tipo el sangrado de la paciente es escaso.
- k). Uso de vendaje abdominal o faja de sostén duerante ---- algún tiempo.
- l). Decirle a la paciente el momento oportuno para reanudar sus funciones sexuales y sus actividades físicas. Es -- obligatorio que someta a exámenes médicos anuales o con mayor frecuencia, incluida la exploración ginecológica, para que esté tranquila y también para advertir los sig nos incipientes de patología.

### III. HISTORIA CLINICA

#### 3.1 Ficha de Identificación

Nombre: J.P.N.  
Servicio: Ginecología  
Estado Civil: Casada  
Domicilio: Niños Heroes No. 27 Col. Centro  
Lugar de Procedencia: Zacatepec, Morelos  
Escolaridad: Secundaria  
Ocupación: Secretaria  
Persona Responsable: O.J.G. (esposó)  
Cédula: 550910/2  
Cama: 319  
Edad: 40 años

#### 3.2 Antecedentes Heredofamiliares

Madre: Viva, le realizaron histerectomía total abdominal -  
ignora la causa, padece artritis reumatoide.  
Padre: Finado por accidente.  
Hermanos: Seis, uno finado por cardiopatía y cinco vivos sa-  
nos aparentemente.  
Hijos: Uno sano  
Esposó: Uno sano

#### 3.3 Antecedentes Personales No Patológicos

Casa-habitación tipo urbano, construcción de tabique y techo, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, dos recamas, una cocina, sala comedor, un baño completo y habitan cuatro personas.

Hábitos Higiénicos: Baño diario con cambio de ropa total, lavado de manos antes de preparar e ingerir alimentos y despues de ir al baño, aseo bucal tres veces al día.

Hábitos Alimenticios: Carne diario, leche una vez al día, verduras y frutas diario, huevo uno por semana, agua tres litros diarios.

Ingreso Familiar: El salario de su esposo (Ingeniero Civil) y el de ella.

### 3.4 Antecedentes Personales Patológicos

Refiere haber padecido Sarampión, faringitis y cuadros gripales con los cambios de clima.

Niega antecedentes alérgicos, transfusionales, traumatismos - y quirúrgicos.

Toxicomanias, ocasional la ingstión de bebidas alcohólicas, - no fuma.

Cuadro de Inmunizaciones: Completo.

### 3.5 Antecedentes Ginecobstétricos

Menarca a los 12 años con ciclos menstruales de 26 x 4, no -- dismenorrea ni otras molestias, telarca y pubarca a los 13 -- años.

U.S.A. a los 24 años, compañero sexual dos

Gesta: 1

Abortos: 0

Para: 1

Cesarea: 0

Fecha de Partos:

20-I-1983 parto eutócico P.U.V.I., de 2,700 kgr, de peso

Uso de método anticonceptivo, el dispositivo intrauterino --- durante cuatro años, posteriormente con Patector ampula IM -- aplicada despues de la menstruación.

Fecha de última citología vaginal, 15-XI-95 con resultado de leucorrea.

### 3.6 Padecimiento Actual

La paciente refiere que hace un año presentó trastornos menstruales pensando que era su menopausia, posteriormente ha --- menstruado cada mes haciéndose ciclos más cortos, durando de 10 a 20 días, siendo tratada con hormonas inyectables y hierro dextran tabletas orales.

Continúo la consulta con el Ginecólogo quien inició protocolo de estudios, y dando de nuevo tratamiento el cual fue methergin, ampulas una cada 8 horas intramuscular y tres meses después ergonovina tabletas una cada ocho horas via oral.

#### Evolución y Estado Actual.

Ingresa paciente sexo femenino al servicio de Ginecología, -- bien orientada, conciente, afebril, refiere que hace cuatro días presento sangrado transvaginal abundante con presencia -- de coágulos rojo oscuro de mediano tamaño, con dolor tipo -- de intensidad moderada intermitente a nivel de cuadrante inferior ambos lados en hipogastrio, con peristaltismo presente.

Palidez de tegumentos y signos vitales de:

Temperatura de 37 grados centigrados, pulso de 80 por minuto, respiraciones 20 por minuto, presión arterial 120/90.

### 3.7 Exploración Física

Paciente femenina de edad igual a la cronológica de constitución mediana, bien conformada, facies no característica, marcha no valorada.

De estado socio-económico medio.

Cabeza: Normocéfalo, ojos simétricos con pupilas normoreflexicas, nariz central, recta, mucosas hidratadas, con buena implantación de cabello de acuerdo a su edad y sexo.

Cuello: Cilíndrico, tráquea central, pulsos presentes, no --- adenomegalias, sin alteraciones en la superficie, coloración igual que el resto del cuerpo.

Torax: Normolineo con movimientos de amplexación conservados, ruidos cardiacos ritmicos de buena intensidad.

Abdómen: Blando depresible, con dolor en cuadrante inferior de ambos lados, hipogástrico de intensidad moderado de tipo --

cólico, con presencia de peristaltismo, normales.

Columna vertebral: No puntos dolorosos, arcos de movilidad -- normales y presentes.

Extremidades inferiores y superiores: No hay datos de edema, resto normal.

Genitales: Propios de su edad y sexo, con presencia de sangrado transvaginal en regular cantidad de color rojo oscuro y dolor tipo colico.

### 3.8 Exámenes de Laboratorio y Gabinete

#### CITOLOGIA VAGINAL EXFOLIATIVA

12-IV-95

a). Superficiales cariopicnoticas	7 %
b). Superficiales no cariopicnoticas	31 %
c). Intermedios	62 %
d). Parabasales	0 %

#### Células del Epitelio y/o Endometrial

No hay.

#### Otros Elementos:

Lactobacillus acidophilus (doderlein)	No hay
Polimorfonucleares	50 %
Eritrocitos Hemolisis	Escasas
Flora Bacteriana	Cocoide moderada cantidad
Trichomonas Vaginales	No hay
Hongos Tipo Candida Albicans	No hay

Observaciones: Hay una erosión en el labio que sangra ligeramente al tomar la muestra.

## Descripción de Hallazgos por "Ultrasonido" 12-IX-95

Se observa útero de 108 x 60 x 59 mm. de contornos irregulares con presencia de fibras de 29, 26, 23 ml; ambos ovarios de -- características ecográficas anormales.

Dx. Miomatosis Uterina de Medianos Elementos.

HEMATOLOGIA: Erit. 3,647,000 HB. 10.0 gr. % HTO. 31 ml. %  
 CHMG. 32.2 % LEUCO. 6.050 mmc.  
 LINFOS: 40 % MONOS. o EOSI. 3% BASO. o SEG. 57 % en banda o  
 META: o MIELO 0% BLASTOS o TP. 13'1' %

GPO. "o" positivo PLAQUETAS: 192.000 mmc. TPT: 32 seg.  
 ORINA VOL: 17 ml. DEN: Mta. Insuf. PH: 5.0 ALB: neg. GLU: Neg.  
 BILI: Neg. HB: Neg. SEDIMENTOS: Células Epiteliales (+++)  
 URATOS AMORFOS (++) FILAMENTOS DE MUCINA (++) LEUCOCITOS 6x.C.  
 BACTERIAS (+) QUIMICA: Gluc. 87.1 mg. % UREA: 24.9 mg.%  
 CREATI: 0.86 mg. % AC. URICO: 4.8 mg. %

7-XI-95

HEMATOLOGIA: Erit. 4,705,000 HB: 12.2 gr. % HTO: 40 ml. %  
 CMMG. 30.5 % LEUCO. 6.800 mmc. LINFOS: 45% MONOS: 0 % EOSI 3%  
 BASO 0% SEG. 52% EN BANDA 0% META: o MIELO: 0 BLASTOS: 0

2-II-96

GS."o" Rh (+) T. PROT. 13.2" TPT 32.0"  
 F. Bca. Gluc. 75.0 Urea 16.0

ORINA	VOGEL	II Asp. Turbio	Dens. 1.020	Ph 6.0	Alb.N	Gluc.N
	Hb	N	CELS ABUND	Leu 4/c	Erit.No	CIL
			No. Cris.			
	Otros		Oxa. Ca	(++++)*		

ELECTROCARDIOGRAMA: Normal

### 3.9 Terapéutica Empleada

- 1.- Hierro parenteral, el primer día medio ml., el tercer día 1 ml. y después 2 ml. intramuscular cada tercer día por ocho meses.
- 2.- Fumarato Ferroso tabletas tomar una cada 6 horas.
- 3.- Ergonovina tabletas tomar una cada 6 horas.

### 3.10Dianóstico de Enfermería

Paciente femenina de 40 años de edad, con palidez de tegumentos, orientada en sus tres esferas, buenas condiciones de higiene, no toxicomanías, estado socio-económico medio, portadora de anemia probable hipoferrémica secundaria a sangrados transvaginales anormales recibiendo tratamiento con Hierro parenteral, Fumarato Ferroso y Ergonovina.

Con mucosas orales hidratadas, sangrado transvaginal color rojo obscuro con coágulos, no fétidos, aparentemente tranquila.

## IV PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

## Objetivos.

- 1.- Brindar atención de enfermería en coordinación con el -- equipo de salud, para proporcionar cuidados específicos en "Tumoración Benigna del Utero en Diversas Proporcio-- nes".
- 2.- Reducir el estado de angustia en la paciente a través de charlas amenas y orientación acerca de su padecimiento.
- 3.- Lograr que la paciente se restablezca lo más pronto posi-- ble, para su reincorporación al seno familiar y a la --- sociedad; a través de acciones educativas; atención a sus necesidades de salud y visitas domiciliarias.

## PERIODO PRE-OPERATORIO

Problema y/o Necesidades.

Hiperpolimenorrea.

Manifestación del Problema.

- Aumento considerable en la cantidad del sangrado menstrual
- Aumento en el tiempo de duración del sangrado.
- Dolor abdominal.

Razón Científica del Problema.

El sangrado es el más importante de los miomas en este caso-- manifestándose por la hiperpolimenorrea, considerándose que se debe al aumento en la superficie endometrial y a la desor-- ganización de la contractilidad normal del miometrio circu-- lando mayor sangre a través de las arterias radiales. La dis-- menorrea es ocasionada por la presencia de la contractilidad uterina aumentada. (31)

---

(31) MONDRAGON, Héctor, Ginecología Básica Ilustrada, p. 117

### Acción de Enfermería.

- a). Cambiar toalla sanitaria cuantas veces sea necesario.
- b). Valorar la cantidad de sangrado transvaginal.
- c). Valorar características del sangrado transvaginal.

### Razón Científica de la Acción.

- a). La menstruación está compuesta por sangre mezclada con líquido, secreciones cervicales, vaginales, bacterias, moco, leucocitos y desechos celulares. Lo cual constituye un medio de cultivo para desarrollar procesos infecciosos.
- b). El sangrado transvaginal menstrual se controla por vasoespasmo de las arterias basales rectas, lo que da por resultado necrosis por coagulación, el aumento excesivo de sangrado puede ocasionar hipovolemia y signos de shock en la paciente.

La patología en la paciente da como resultado un sangrado en exceso durante la menstruación, el cual puede continuar ligeramente por varios días. Debido a la cicatrización endometrial incompleta en la superficie del tumor El tumor finalmente produce anemia. (32)

- c). La menstruación es de color rojo oscuro con olor característico. Siendo resultado de necrosis tisular fisiológica causada por isquemia y anoxia del endometrio. El olor del sangrado uterino, sugiere infección. (33)

### Evaluación.

Se cambió de toalla sanitaria varias veces valorando cantidad, olor, color del sangrado disminuyendo las posibilidades de infección desde genitales externos a genitales internos.

### Problema y/o Necesidades.

Anemia.

---

(32) MONDRAGON, Héctor, Op. cit., p. 120

(33) OLDS, Sally. Enfermería Maternoinfantil, p. 1028

Manifestación del Problema.

- Palidez de tegumentos.
- Fatiga.
- Cefalalgia.
- Disminución de la capacidad para la actividad física.
- Resultados de laboratorio, HB. 10.0 gr %, HTO. 31 %, Erit. 3,647,000.

Razón Científica del Problema.

La aparición de anemia traduce insuficiencia de la médula -- osea, pérdida excesiva de eritrocitos o ambas. El efecto en el paciente de anemia grave cual sea la causa, incluye la aparición de palidez, taquicardia, taquipnea, --- aumento del gasto cardíaco, disminución de la capacidad para ejercicio físico, etc.

Las cifras de hemoglobina disminuyen en mayor grado que el número de eritrocitos y por esa causa estos últimos tienden a ser pequeños y mostrar falta relativa de pigmento. (34)

Acción de Enfermería.

- a). Verificar que la dieta sea hiperprotéica.
- b). Aplicar Hierro Dextrán 2 cm. cada tercer día.
- c). Tomar muestra de sangre para tipificación y pruebas cruzadas.

Razón Científica de la Acción.

- a). Una dieta hiperprotéica es esencial para la construcción conservación y reproducción de todos los tejidos del organismo, así como para la síntesis de muchos componentes como las enzimas plasmáticas (albumina, globulinas y --- fibrinógeno).
- b). El Hierro es abundante en las proteínas animales y su absorción es más eficaz. Pues el hierro del grupo hemoglobina y mioglobina de la carne puede absorberse sin su frir transformaciones.

Siendo que el hierro al combinarse con las cadenas de --

globina adecuadas forma la proteína hemoglobina encontrándose en esta el 70 % del contenido corporal total -- del hierro por vía parenteral. (35)

- c). Es posible tipificar los antígenos eritrocitarios que -- hayan sido previamente definidos mediante antisueros específicos. Los anticuerpos se detectan gracias a su capacidad para aglutinar directamente los hematíes en suero salino o en una solución con elevada concentración de -- macromoléculas, como puede ser la albúmina, y por su capacidad para producir dicha aglutinación tras la incubación con globulina humana. Y se tomarán las muestras para saber tipo, factor, RH, tiempo de protrombina, tiempo de coagulación, etc.

### Evaluación.

La anemia fué corregida con el tratamiento del Hierro Dex -- trán, la hemoglobina aumento a 13.4 gr.

Por lo que el Ginecólogo decide intervenir a la paciente qui rúrgicamente.

### Problema y/o Necesidades.

Aprensión

### Manifestación del Problema.

- Temor a la anestesia y a la cirugía.
- Temor al dolor durante la cirugía.

### Razón Científica del Problema.

El temor a la muerte y a lo desconocido, es una reacción del ser humano ante un peligro inminente. El miedo a la cirugía y a la anestesia, se genera por la falta de conocimiento --- acerca de estas intervenciones, lo que condiciona el temor a los riesgos durante y después de su realización, tomando en consideración que la histerectomía total abdominal es una -- intervención quirúrgica mutiladora, en la que se extirpa un órgano de gran importancia para la reproducción y complementario para la integración psicológica de la mujer y con un -

gran significado desde el punto de vista emocional, conyu y social. (36)

#### Acción de Enfermería.

- a). Valorar la causa del temor que experimente la paciente a la anestesia. Siendo atribuible a la preparación física y mental que recibe. Una mala preparación nos da como -- resultado un período difícil de inducción, seguido de -- recuperación.
- b). Calmar la intranquilidad de la paciente, con respecto al dolor durante la cirugía.

#### Razón Científica de la Acción.

- a). La paciente necesita ser tranquilizada, explicando que -- el anestesista estará constantemente alerta para resol-- ver los problemas que se puedan presentar con la aneste-- tesia.
- b). La confianza entre paciente y enfermera puede ser que -- comprenda que su temor es exagerado, y que no sentirá -- dolor mientras el cirujano se encuentra realizando las -- técnicas quirúrgicas. (37)

#### Evaluación.

El temor y la ansiedad que presentaba la paciente disminuyó, se ve confiada y coopera satisfactoriamente a las indicaciones proporcionadas, no hay complicaciones transoperatorias -- en relación al problema.

#### PERIODO TRANSOPERATORIO

#### Problema y/o Necesidades.

Pérdida de sangre en el acto quirúrgico

---

(36) AHUED, y cols., Ginecología y Obstetricia de Mé., p.175

(37) OLDS, S.B., Op., cit. p. 175

### Manifestación del Problema.

- Hipovolemia.
- Taquicardia.
- Presencia de palidez.
- Valorar la humedad y frialdad de la piel.

### Razón Científica del Problema.

La hipovolemia produce disminución del retorno venoso hacia el corazón y disminución subsecuente del gasto cardíaco., -- iniciando la reacción simpática y suprarrenal que culmina en aumento de la resistencia periférica y taquicardia, con objeto de conservar el riego tisular suficiente., la disminución del caudal sanguíneo hacia el riñón estimula al aparato yuxtaglomerular para que libere hormonas, esto culmina en retención de iones de sodio y agua. Las células no reciben oxígeno o nutrientes suficientes a causa de vasoconstricción venular y arteriolar, producido por aumento de las catecolaminas. '33'

### Acción de Enfermería.

- a). Detectar oportunamente signos y síntomas de shock hipovolémico.
- b). Toma de signos vitales cada media hora como son: Temperatura, pulso, respiración y presión arterial.

### Razón Científica de la Acción.

- a). La liberación de catecolaminas y cortisol durante el --- shock estimula también la liberación de ácidos grasos para la producción de energía, al metabolizarse los ácidos grasos aumentan las cetonas; las cetonas se oxidan normalmente en el hígado, pero el hígado que tiene deficiencia de riego sanguíneo no puede hacerlo. (38)
- b). Los signos hemodinámicos más precoces de la disminución del gasto cardíaco con la taquicardia y la disminución de la presión del pulso arterial es pequeña y estimularán de forma refleja el sistema simpático adrenérgico,--

con tendencia a restaurar la presión sistemática mediante el aumento de la frecuencia cardíaca, de la contractilidad y de la resistencia sistemática.

La piel refleja el grado de vaso constricción y la palidez depende de ella. Al disminuir el gasto cardíaco, la disfunción progresiva del ventrículo izquierdo ocasiona también un aumento de la estasis venosa pulmonar e hipoxemia, lo que reduce más el aporte disponible de oxígeno en los tejidos.

La piel fría y humedad indica una reducción del flujo -- cutáneo. Así pues la temperatura cutánea refleja la intensidad de la descarga simpático adrenérgica durante el shock.

### Evaluación.

Se corrige la pérdida de sangre por medio de medicamentos -- prescritos por el ginecólogo y la eficacia y eficiencia del personal de enfermería no llegando a la transfusión sanguínea.

### PERIODO POST-OPERATORIO

#### Problema y/o Necesidades.

Efecto residual de la anestesia.

#### Manifestación del Problema.

- Somnolencia.
- Hipotensión arterial.

#### Razón Científica del Problema.

Los agentes anestésicos regionales bloquean la conducción de los impulsos nerviosos desde la periferia hasta el Sistema - Nervioso Central, de acuerdo a su mecanismo de acción se cree que estos agentes no permiten que entren iones de sodio en la célula y por lo tanto, previenen la despolarización. - La membrana neural se estabiliza en su estado de reposo, de

modo que no se transmiten los impulsos nerviosos desde el sitio en que se origina el dolor, la absorción de los anestésicos locales, dependen primordialmente de la vascularidad de la región en que se inyecta. Estos agentes del tipo amídico (lidocaína) son más poderosos y de acción más prolongada. (39)

#### Acción de Enfermería.

- a). Aplicar medidas terapéuticas para la hipotensión.
- b). Colocar a la paciente con la cabeza plana y los pies elevados de la cama.
- c). Administración de líquidos por vía intravenosa.
- d). Valorar los signos vitales cada 15' hasta que se establezcan.

#### Razón Científica de la Acción.

- a). Las reacciones a los agentes anestésicos locales, varían entre síntomas leves y colapso cardiovascular. Las reacciones leves consisten en palpitaciones, vértigos, zumbidos, aprensión, confusión, cefalalgia. Las reacciones moderadas consisten en grados más intensos de los síntomas leves, además de náuseas, vómitos, hipotensión arterial.

Las reacciones tóxicas ocurren más a menudo con las dosis excesivas, consideradas como gran concentración o gran volumen.

- b). La fuerza de gravedad incrementa el llenado venoso del corazón y el volumen sanguíneo pulmonar; como resultado se incrementan el volumen por concentración y el gasto cardíaco con aumento de la presión arterial.
- c). En enfermos que precisan una reposición de volumen, la combinación de coloides y cristaloides, cubrirá la pérdida de líquidos intersticiales y conseguirá aumentar el volumen.
- d). Los signos vitales pueden variar como reacción a los medicamentos o anestésicos. La hipotensión indica, falta de compensación en el sistema circulatorio.

Evaluación.

La hipotensión arterial estaba en 100/50 mm. Hg. y finalmente asciende a 110/80 mm. Hg. Encontrándose la paciente bien orientada.

Problema y/o Necesidades.

Herida quirúrgica.

Manifestación del Problema.

- Refiere dolor en el sitio de la incisión.
- Bordes de la piel suturados.
- Ansiedad.

Razón Científica del Problema.

Los componentes principales del dolor son los siguientes: -- percepción al estímulo, conducción de la sensación al Sistema Nervioso Central, reacción de la paciente al dolor, considerando que el dolor durante las 24 horas del post-operatorio, es debido a la incisión, la separación de los tejidos y las suturas de la operación. (40)

El área suturada de la piel debe protegerse contra lesiones traumáticas posteriores, contra el calor o la humedad excesiva contra las radiaciones, las sustancias químicas y los --- microorganismos. Observando en busca de los datos como son: cicatrización anormal de la herida, infección por diseminación, presencia de una infección secundaria.

Cuando la ansiedad del paciente aumenta conforme el dolor se intensifica, puede ser útil la administración de algún sedante o analgésico.

Acción de Enfermería.

- a). Valorar el dolor con respecto a su origen.
- b). Observar el sitio de la incisión, para detectar sangrado
- c). Aplicar analgésicos (dipirona un gramo I.M./prn.)

### Razón Científica de la Acción.

- a). El origen del dolor puede ser en algunos casos independiente a la incisión, por lo que es importante la valoración de este con la presencia de los accesos de tos, los movimientos respiratorios, el vendaje abdominal y la presencia de gases.
- b). Se facilita la cicatrización de la incisión al evitar la ocurrencia de proceso infeccioso, la inspección se hará en busca de enrojecimiento, tumefacción, drenaje, moretones y separación de los tejidos. (41)
- c). Los analgésicos deben administrarse tal como están indicados y de acuerdo con las necesidades del paciente y -- con el objeto de favorecer el sueño y el descanso para -- prevenir la fatiga.

### Evaluación.

Se sugiere al médico tratante la revaloración de la paciente ginecológica. No hay indicios de sangrado en la herida quirúrgica. El dolor cede con la ministración del analgésico.

### Problema y/o Necesidades.

Infección de la herida quirúrgica.

### Manifestación del Problema,

- Errojecimiento de la herida quirúrgica.
- Puntos de sutura infectados.
- Ligera o escasa secreción purulenta.

### Razón Científica del Problema..

Es importante mantener la herida libre de polvo, de talco o almidón (procedente de los guantes), ya que los cuerpos --- extraños afectan en forma nociva e infectando la herida -- quirúrgica y habiendo como consecuencia secreción purulenta

---

(41) OLDS, S.B. Op., cit. p. 686

Otros factores que pueden intervenir en la cicatrización de la herida infectada son edad, edema, algunos fármacos que -- pueden disimular la presencia de infección (esteroides) o -- causar hemorragia (anticuagulantes), y la hiperactividad de la zona del paciente, que puede evitar la aproximación de -- los bordes de la herida, y con ello retardar la repara ---- ción. (42)

#### Acción de Enfermería.

- a). Administrar un gramo de Ampicilina intravenosa cada ocho - hrs.
- b). Retirar el material de sutura.
- c). Curación de herida quirúrgica.

#### Razón Científica de la Acción.

- a). El 80 % de una dosis intravenosa de 500 mg. se elimina - por la orina en ese tiempo la Ampicilina aparece en la - bilis, experimenta circulación enterohepática y se excre - ta en cantidades apreciables por las heces.
- b). Es importante valorar la integridad de la línea de sutu - ra para evitar dehiscencia de la herida quirúrgica des - pués de la extracción de las suturas. La eliminación del material utilizado para la unión entre sí de los bordes de la herida quirúrgica, es necesaria eliminando sustan - cias que pueden actuar como cuerpo extraño en los teji - dos y promover la continuidad del proceso de cicatriza - ción.
- c). La curación de la herida quirúrgica con antisépticos re - duce la exposición del paciente a infecciones nosocomia - les. Cualquier descuido o falla en la técnica aséptica - puede iniciar infección al introducir contaminantes.(43)

#### Evaluación.

Hay buena evolución de la paciente con la terapéutica emplea da la herida quirúrgica se encuentra limpia, sin presentar - signos de infección, la cicatrización es satisfactoria, se - retiran los puntos de la sutura previa valoración de la lí - nea de sutura.

---

(42) SHOLTIS, Lillian, Op., cit. p. 380

(43) SHOLTIS, Lillian, Op., cit. p. 381

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Problema y/o Necesidades.

Disminución de movimientos peristálticos.

Manifestación del Problema.

- Ausencia de ruidos intestinales.
- Estreñimiento.
- Distensión abdominal.
- Colicos abdominales.

Razón Científica del Problema.

El traumatismo que la operación causa en los órganos abdominales produce desaparición del peristaltismo normal durante 24-48 hrs. lo cual depende del tipo y la extensión de la operación. Aun cuando no se haya administrado substancia alguna por la boca, el aire deglutido y las secreciones gastrointestinales entran al estómago y los intestinos, y si no son impulsados por la actividad peristáltica, se reúnen en las asas intestinales y las distienden y hacen que el enfermo se queje de llenura o dolor en el abdomen. Más a menudo el gas se junta en el colon.

Acción de Enfermería.

- a). Efectuar deambulación asistida progresiva después de 24 - horas del post-operatorio.
- b). Ayudar al paciente a moverse o cambiarse de posición si se encuentra acostado.
- c). Dar una dieta líquida.

Razón Científica de la Acción.

La deambulación temprana, fomenta la reaparición del funcionamiento intestinal, así como la primera evacuación, después de la operación. Por lo general la función peristáltica, se recupera al segundo día posterior a la deambulación, considerando también la ingesta de los alimetos. (44)

---

(44) OLDS, S.B., Op., cit. p. 687

Evaluación.

La deambulación temprana asistida que tuvo la paciente favoreció para disminuir las molestias abdominales, presentando la primera evacuación intestinal sin problemas.

Problema y/o Necesidades.

Desconocimiento por parte de la paciente de las complicaciones y secuelas de la histerectomía.

Manifestación del Problema.

- Temor al rechazo de su esposo.
- Temor a ver disminuídas sus funciones como mujer.

Razón Científica del Problema.

La histerectomía está indicada para eliminar tumores, pero está es valorada también en la edad reproductiva, por lo cual siempre que sea posible se conservará el útero, por lo tanto se explicará a la paciente las consecuencias de la operación, en cuanto a futuros embarazos.

Acción de Enfermería.EDUCACION PARA LA SALUD:

- a). Pláticas en lo referente a las consecuencias de la histerectomía, sobre la menstruación el climaterio y la libido.
- b). Recomendarle a la paciente que se someta a exámenes médicos anuales con mayor frecuencia, incluida la exploración ginecológica, para que esté tranquila y también para advertir los signos incipientes de patología.
- c). Recomendarle que continúe con el tratamiento médico.

VISITA DOMICILIARIA:

- a). Valorar evolución de la herida quirúrgica y el cuidado de está.
- b). Orientar a los familiares de la paciente ginecológica -- que suele necesitar mas comprensión que otra paciente -- pues además de sus trastornos físicos, hay factores emocionales que dominan la situación.

- c). Recomendarle a la paciente que mejore sus condiciones -- nutricionales tomando una dieta rica en hierro.
- d). Orientar a la paciente acerca de sus dudas y temores respecto a la pérdida del órgano reproductor.

#### Razón Científica de la Acción.

El temor a la mutilación o alteración básica de la estructura del organismo influye en el concepto que el individuo tiene de sí mismo y su relación con los demás.

La cirugía es curativa, si la histerectomía se ejecuta ---- correctamente y se conservan los ovarios intactos con un --- buen riego sanguíneo, no existiendo riesgo de una menopausia precoz, ni disminuidas sus funciones como mujer.

#### Evaluación.

La ansiedad y el temor disminuyeron después de la plástica, - se torna confiada y coopera satisfactoriamente a las indicaciones proporcionadas, no se presentaron complicaciones post operatorias en relación al problema.

**CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.**

- 1.- La valoración pre-operatoria, con respecto a la anemia de la paciente, fué la indicada, pues de no haberse ---- corregido éste problema antes de ser intervenida quirúrgicamente, se podría traducir en un factor de riesgo importante, durante el trans y post-operatorio.
- 2.- El tratamiento quirúrgico de la paciente, fué histerectomía abdominal total sin salpingo-oferectomía bilateral, valorando edad, paridad, y aceptación de la paciente, -- considerando los problemas hormonales posteriores.
- 3.- Los objetivos del Plan de Atención de Enfermería, se --- alcanzaran como se pudo constatar a través del seguimiento propuesto para la paciente electa, vigilando constantemente su evolución, la cual fué favorable.
- 4.- La aplicación de la terapéutica y los cuidados integra-- les a la paciente por parte del personal de enfermería - contribuyeron al restablecimiento y ausencia de complicaciones, fué de gran importancia durante la estancia hospitalaria, y el egreso a su domicilio.
- 5.- El apoyo psicológico que se le brindo a la paciente y a su familia influyó en la readaptación positiva tanto --- individual como familiarmente.
- 6.- Es importante informar a los familiares de la paciente, principalmente al esposo, sobre las alteraciones fisiológicas y emocionales que puede ocasionar ésta operación.
- 7.- Desensibilizar a la paciente., para que adquiriera una --- actitud libre de mitos y prejuicios humanísticos y valorativa ante la sexualidad, adquiriendo un panorama dis-- tinto ante la histerectomía.
- 8.- Es importante el papel de la enfermera para los cuidados quirúrgicos, y apoyo psicológico tanto a la paciente como a su familia, además de prepararse y actualizarse.
- 9.- Sugerir a las pacientes exámenes frecuentes de las secreciones por medio de una citología uterina.

## GLOSARIO TERMINOS

- ANGIOGRAFIA. Método de exploración que consiste en la inyección de una sustancia opaca en la carótida del enfermo, visualizando las arterias del encéfalo.
- ANOXIA. Estado que resulta de la insuficiencia de oxígeno para satisfacer las necesidades normales de los tejidos.
- CATECOLAMINAS. Nombre genérico de las aminor derivadas del catecol las mas importantes son la adrenalina y no adrenalina.
- CORTISOL. Es una hormona que se produce a nivel de la zona media o fascicular de la corteza adrenal.
- HIPERMENORREA. Hemorragia uterina excesiva que ocurre con intervalos regulares.
- HIPOVOLEMIA. Disminución del volúmen de la sangre.
- HIPOXEMIA. Tensiones de oxígeno arterial por debajo de lo normal.
- LEIOMIOSARCOMA. Sarcoma que contiene grandes células fusiformes de músculo liso.
- LEUCOCITOSIS. Incremento transitorio del número de leucocitos en la sangre.
- LICUACION. Transformación de un gas o un sólido en líquido o fusión de un cuerpo sólido.
- LINFAGIOMA. Tumor producido por la dilatación de los vasos linfáticos.
- MIOGLOBINA. Hemoglobina muscular, forma la hemoglobina que resulta de la combinación del heme con una proteína muscular.
- MIOMECTOMIA. Ablación quirúrgica de un mioma, uterino especialmente.
- NODO. Tumor óseo.

- PETREA. Pedregoso, que está lleno de piedra "dureza".
- POLICITEMIA. Aumento del número de eritrocitos circulares -- (por encima de millones por milímetro cúbico en el varón, de 5.5 millones en la mujer).
- PROIOMENO- Menstruación anticipada o precoz, es decir, el  
RREA. intervalo entre las reglas está acortado.
- SACO DE -- (James) Anatomista tocólogo escocés (1675-1742)  
DOUGLAS. Recordado por su descripción del peritoneo y -- especialmente del fondo de saco de Douglas.
- SESILES. Inserto por una base extensa; no pediculado.

## BIBLIOGRAFIA

- AHUED, y cols., Ginecología y Obstetricia de México, "Morbilidad en Histerectomía", México, 1984, 308 p.
- BAILEY, Rosemary, Manual de Enfermería Obstétrica y Ginecológica, 5a. ed., México. Cia. Ed. Continental, 1982, 609 p.
- BENSON, Ralph, Ginecología y Obstetricia, 7a. ed., México, - Manual Moderno, 1985, 811 p.
- BERTRAM, G., Farmacología Básica y Clínica, 3a. ed., México, D.F., Manual Moderno, 1987, 903 p.
- BRUNNER, L., y cols., Enfermería Médico-quirúrgica, 2a. ed, México, Ed. Interamericana, 1971, 908 p.
- BRUNNER, L., y cols., Manual de Enfermería Médico-quirúrgica 4a. ed., México, Ed., Interamericana, 1984, 835 p.
- DU GAS, B.W., Tratado de Enfermería Práctica, 4a. ed., México, Ed. Interamericana, 1980, 793 p.
- ELIASON, Ferguson, Enfermería Quirúrgica 10a. ed., México, - Ed. Interamericana, 1980, 537 p.
- IBIDEM, F., Enfermería Maternoinfantil, 1a. ed., México, Ed. Interamericana, 1973, 630 p.
- KOLTHOF, Anthony, Anatomía y Fisiología, 8a. ed., México, Ed Interamericana, 1984, 584 p.
- MARTIN, Alvaro, Rvta. de Ginecología y Obstetricia de México Art. "Leiomiomatosis Uterina", volúmen 58, Mayo 1990.
- MONDRAGON, Héctor, Ginecología Básica Ilustrada, 1a. ed., - México, Ed. Océano, 1987, 496 p.
- NOVAK, Edmund, Ginecología y Obstetricia, 2a. ed., México, Ed Alhambra, 1964, 719 p.
- NAVAK, Edmund, Tratado de Ginecología, 11a. ed., México, Ed. Interamericana, 1994, 1310 p.
- OLDS, Sally, Enfermería Maternoinfantil, 2a. ed., México, Ed Interamericana, 1987, 1283 p.

- ROBBINS, Contran, Patología Estructural y Funcional, 1a. ed; México, Ed. Interamericana, 1975, 1516 p.
- SEGATORE, Luigi, Diccionario Médico Teide, 5a. ed., Barcelona, Ed. Teide, 1975, 1281 p.
- SHOLTIS, L., Enfermería Médico-quirúrgica, 4a. ed., México, Ed. Interamericana, 1984, 1084 p.
- SHOLTIS, L., Enfermería Práctica, 1a. ed., México, Ed. Interamericana, 1981, 983 p.
- TORTORA, Gerard, Principios de Anatomía y Fisiología, 5a. ed México, Ed. Karla, 1989, 993 p.
- TENA, Gilberto, Rvta. de Ginecología y Obstetricia de México Art. "Miomectomía Histeroscópica", volumen 62, Diciembre 1994.
- WATSON, Jesnnte, Enfermería Médico-quirúrgica, 1a, ed., -- México, Ed. Interamericana, 1975, 810 p.
- WIECK, L. King e., Técnicas de Enfermería, 3a. ed., México, Ed. Interamericana, 1988, 657 p.